



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

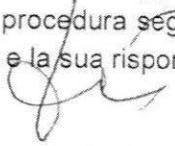
Delibera n. 360 del 17-09-2021

Oggetto: Approvazione Regolamento Organizzativo dei Blocchi Operatori e del Percorso Chirurgico dell'AOUP "Paolo Giaccone"

<p>DIREZIONE GENERALE</p> <p>Proposta n. del</p> <p>Staff proponente: UOC Coordinamento Staff</p> <p>La presente deliberazione è composta da n. 4 pagine + n. 1 allegato</p> <p>La Direttrice UOC Coordinamento Staff Dott.ssa Rosaria Licata</p> 	<p>Area Gestione Economico - Finanziaria</p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____</p> <p>NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p>Il Responsabile dell'Area Economico-Finanziaria e Patrimoniale</p>
---	---

Ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii. e della L.R. 7/2019, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.

La Direttrice della UOC proponente:

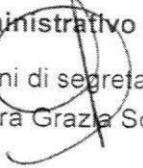


Il Commissario Straordinario
Ing. Alessandro Caltagirone

Ai sensi del D.A. n.599 dell'01 luglio 2020

Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art. 3 del D.Lgs. n. 502/92
così come modificato dal D.Lgs. n. 517/93 e dal D.Lgs. n. 229/99
del **Direttore Amministrativo dott. Santo Naselli**

Svolge le funzioni di segretario verbalizzante
Sig.ra Grazia Scalici





AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Deliberazione n. _____ del _____

VISTO	il D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i. operate dai D. Lgs n. 517/1993 e n. 229/1999, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;
VISTO	il D. Lgs n. 517/1999 che disciplina i rapporti tra il SSN e le Università;
PREMESSO	che la chirurgia è considerata l'attività più complessa svolta all'interno degli ospedali e costituisce l'elemento caratterizzante e di alto valore dell'Azienda e che pertanto l'implementazione di un sistema finalizzato a migliorare la gestione dei blocchi operatori risulta strategico data la necessità di affinare gli strumenti per misurare la performance delle strutture chirurgiche;
CONSIDERATO	che l'attività chirurgica per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire l'occorrenza di incidenti per gli operatori e per la buona riuscita degli interventi;
CONSIDERATO	che gli sviluppi della normativa tendono a qualificare il processo chirurgico attraverso la gestione integrata e ottimizzata delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali e la reingegnerizzazione dei processi interessati;
DATO ATTO	che l'Azienda ha redatto e trasmesso al Direttore Medico di Presidio una bozza del Regolamento Organizzativo dei Blocchi Operatori e del Percorso Chirurgico per recepire eventuali suggerimenti e osservazioni;
PRESO ATTO	che non sono pervenute osservazioni da parte del Direttore Medico di Presidio;
DATO ATTO	che, in un prossimo futuro, l'attività di preospedalizzazione – definita come possibilità clinico-organizzativa e amministrativa di effettuare un percorso diagnostico in regime ambulatoriale finalizzato alla valutazione preoperatoria, propedeutico al ricovero sia in regime ordinario che di day surgery – sarà unica e centralizzata a livello aziendale e che le procedure organizzative conseguenti saranno oggetto di gruppi di lavoro dedicati con successiva formalizzazione del risultato dei lavori;
RITENUTO	opportuno procedere alla approvazione del Regolamento Organizzativo dei Blocchi Operatori e del Percorso Chirurgico, allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Su proposta della Responsabile UOC "Coordinamento degli Staff" che con la sottoscrizione del presente atto ne attesta la legittimità formale e sostanziale;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo così come prescritto dall'art. 3 del D.Lgs. n. 502/92, così come modificato dal D.L. n. 517/93 e dal D.Lgs. 229/99;

Per i motivi in premessa citati che qui si intendono ripetuti e trascritti

DELIBERA

- a) **Di approvare** il Regolamento Organizzativo dei Blocchi Operatori e del Percorso Chirurgico dell'AOUP "Paolo Giaccone" allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- b) **Di stabilire** che prossimamente l'attività di preospedalizzazione sarà unica e centralizzata a livello aziendale e che le procedure organizzative conseguenti saranno oggetto di gruppi di lavoro dedicati con successiva formalizzazione del risultato dei lavori;
- c) **Di dare** la massima diffusione del presente atto attraverso la pubblicazione sull'homepage e sulla intranet del sito aziendale;
- d) **Di rendere** immediatamente esecutivo il presente atto.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Il Direttore Amministrativo
Dott. Santo Naselli

Santo Naselli

Il Direttore Sanitario
VACATIO

Il Commissario Straordinario
Ing. Alessandro Caltagirone

Alessandro Caltagirone

Segretario Verbalizzante

PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n. 30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale, è stata pubblicata in formato digitale all'albo informatico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico a decorrere dal giorno _____ e che nei 15 giorni successivi:

- non sono pervenute opposizioni
- sono pervenute opposizioni da _____

Il Funzionario Responsabile

Notificata al Collegio Sindacale il _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4, comma 8 della L. n. 412/1991 e divenuta:

ESECUTIVA

- Decorso il termine (10 giorni dalla data di pubblicazione ai sensi dell'art. 53, comma 6, L.R. n. 30/93
- Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4 comma 8, della L. n. 412/1991 e divenuta:

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Ai sensi dell'art. 53, comma 7, L.R. 30/93

Il Funzionario Responsabile

ESTREMI RISCONTRO TUTORIO

- Delibera trasmessa, ai sensi della L.R. n. 5/09, all'Assessorato Regionale Salute in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale Salute, esaminata la presente deliberazione:

- Ha pronunciato l'approvazione con atto prot. n. _____ del _____ come da allegato
- Ha pronunciato l'annullamento con atto prot. n. _____ del _____ come da allegato
- Delibera divenuta esecutiva con decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L. R. n. 5/09 dal _____

Il Funzionario Responsabile



**Regolamento Organizzativo
dei Blocchi Operatori
e del Percorso Chirurgico**

1. Premessa

Il percorso chirurgico è uno dei processi principali dell'ospedale e la programmazione chirurgica è un'attività complessa e delicata per la crescente severità clinica dei pazienti, l'avanzamento tecnologico (dispositivi, presidi, farmaci) e il coordinamento di molteplici professionalità e di molteplici processi assistenziali.

Il presente documento contiene l'insieme delle regole e delle procedure di organizzazione dell'attività dei blocchi operatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (AOUP) "Paolo Giaccone" di Palermo nonché la definizione dei compiti del personale coinvolto nella stessa, con particolare attenzione agli aspetti di coordinamento e interazione tra ruoli diversi e di gestione dei percorsi e delle risorse.

Il regolamento sarà soggetto a revisioni periodiche ogni qualvolta si renda necessario a seguito di sopravvenute esigenze normative o strategiche.

Gli elementi prioritari per la sicurezza e l'efficienza delle attività chirurgiche sono:

- La garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico;
- L'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- L'integrazione tra i numerosi attori che interagiscono ai vari livelli del percorso;
- La conoscenza e il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie.

2. Scopo

Lo scopo generale è quello di rendere più efficiente l'attività chirurgica, riducendo la lista di attesa per interventi chirurgici, attraverso l'eliminazione/riduzione delle attività "a non valore" e l'incremento del tasso di saturazione delle sale operatorie.

Altro obiettivo generale è quello di garantire equità d'accesso alle cure, appropriatezza e trasparenza dei percorsi clinico-assistenziali chirurgici e il rispetto della programmazione degli interventi chirurgici in elezione.

Obiettivi specifici:

- Definire i ruoli, le responsabilità e i compiti delle diverse figure professionali coinvolte nella pianificazione delle attività chirurgiche/operative;
- Definire, pianificare e monitorare, sia a livello centrale che a livello locale, le attività che compongono il processo di programmazione chirurgica;
- Definire le interfacce e le modalità di comunicazione tra i soggetti coinvolti;
- Individuare le regole generali di attività dei blocchi operatori aziendali;
- Determinare le modalità gestionali e organizzative più idonee al governo della complessità dell'attività dei blocchi operatori;
- Raggiungere e mantenere standard operativi atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- Ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali e impiantistiche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza ed economicità.

3. Campo di applicazione

Il regolamento si applica a tutti i blocchi operatori in cui si effettuano attività di chirurgia generale e/o specialistica in ambito elettivo (regime ordinario, day surgery, ambulatoriale) o di urgenza.

4. Definizioni

Elezione: è una caratteristica dell'intervento chirurgico che contraddistingue la modalità di accesso all'intervento tramite lo scorrimento della lista di programmazione in base al tempo di inserimento e alla priorità assegnata all'intervento.

Urgenza: è una caratteristica dell'intervento chirurgico che contraddistingue la modalità di accesso all'intervento con procedura di urgenza e quindi senza rispettare lo scorrimento della lista di programmazione.

Tempo di attesa: intervallo temporale che va dall'inserimento in lista di attesa all'effettiva erogazione del servizio (intervento chirurgico).

Certificato di inserimento in lista d'attesa: è il documento che viene rilasciato al paziente da un medico o medico chirurgo nel momento in cui, a seguito di visita specialistica, viene formulata la diagnosi, posta l'indicazione all'intervento chirurgico in elezione ed effettuato il conseguente inserimento in lista d'attesa.

Software per la gestione dei ricoveri/interventi chirurgici programmabili: è l'applicativo presente all'interno della intranet aziendale che contiene le liste di attesa suddivise per unità operativa e setting assistenziale ("agende di ricovero").

5. Responsabilità

5.1 Comitato sale operatorie (di seguito Comitato): è un team multidisciplinare di cui si avvale la Direzione strategica che definisce i criteri e attribuisce l'utilizzo delle sale operatorie definendo la sede, il regime (h 6- h12- h 24), il numero delle sedute operatorie, l'assegnazione alle varie UUOO chirurgiche con orizzonte temporale semestrale/annuale.

La pianificazione annuale risponde all'esigenza di garantire continuità nell'attività operatoria ed è svolta dal Comitato all'inizio dell'anno, sulla scorta delle risorse disponibili.

È composto dal Direttore Sanitario Aziendale, dal Direttore Medico di Presidio, dal Responsabile UOS Coordinamento Sale Operatorie, dal Direttore Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Emergenza-Urgenza, dal Direttore DAI Chirurgico, dal Responsabile Area Blocchi Operatori e dal Responsabile Direzione Infermieristica.

La programmazione operatoria e la conseguente assegnazione delle sedute operatorie alle singole unità operative tiene conto di più elementi:

- Disponibilità delle sale operatorie e del personale (infermieri e anestesisti);
- Necessità di sedute in funzione dei dati di attività relativi all'anno precedente (n° interventi effettuati e tasso di saturazione delle sale operatorie, numero e tipologia dei pazienti in lista di attesa;

- Effettivo utilizzo delle sale operatorie (tasso di utilizzo degli slot assegnati);
- Obiettivi aziendali in funzione della programmazione regionale e della *mission* aziendale;
- Gestione ottimale del personale e delle apparecchiature.

L'assegnazione delle sedute operatorie prevede:

- una quota "base" assegnata annualmente o semestralmente per garantire un'adeguata attività ai reparti;
- una quota "variabile", sulla base delle liste di attesa (in termini di numerosità e composizione) e dell'appropriatezza dell'utilizzo delle sedute operatorie.

Le decisioni assunte dal Comitato per il buon uso delle sale operatorie sono condivise con il Coordinamento degli Staff affinché vengano considerate nel processo di definizione e monitoraggio degli obiettivi e con il Controllo di Gestione per il monitoraggio del budget e in particolare del costo degli anestesisti.

5.2 Direttore Sanitario Aziendale

Nell'ambito del Comitato, sulla base degli input della Direzione Generale, è responsabile della definizione della strategia aziendale per la gestione delle liste di attesa.

Definisce la strategia di rimodulazione dell'offerta globale di concerto con i componenti del Comitato, in considerazione dell'evoluzione della domanda chirurgica, delle liste di attesa e della disponibilità dei fattori produttivi (preospedalizzazione, sale operatorie, posti letto, equipe chirurgiche, tecnologie, etc).

Supervisiona la gestione del percorso chirurgico, monitorando l'attività e i tempi di attesa.

5.3 Direttore DAI Emergenza-Urgenza

È responsabile aziendale, attraverso il Responsabile Area Blocchi Operatori, della gestione dei complessi operatori.

Condivide e collabora con i componenti del Comitato per la definizione della strategia aziendale utile alla programmazione dell'offerta chirurgica.

Supervisiona l'attività inerente all'ottimizzazione dei blocchi operatori del Responsabile Area Blocchi Operatori.

5.4 Direttori DAI Chirurgico

Condivide e collabora con i componenti del Comitato per la definizione della strategia aziendale utile alla programmazione dell'offerta chirurgica.

È responsabile delle performance delle équipe chirurgiche in relazione all'ottimizzazione delle sedute di sala operatoria assegnate.

È responsabile, di concerto con i Responsabili di Area Chirurgica, della definizione delle classi di priorità per ciascuna tipologia di intervento chirurgico attraverso la creazione di apposito "Catalogo aziendale delle priorità". Supervisiona l'attività dei Responsabili di area chirurgica verificando la corretta attribuzione delle priorità indicate dalle singole unità operative chirurgiche e promuove il confronto tra i vari professionisti.

Il catalogo delle priorità viene codificato con cadenza quadrimestrale e in prima applicazione, dopo una prima analisi tri-quadrimestrale delle principali procedure chirurgiche.

5.5 Responsabile Direzione Infermieristica

Condivide e collabora con i componenti del Comitato affinché siano garantite le risorse quali-quantitative idonee per la programmazione dell'offerta chirurgica.

5.6 Responsabile UOS Coordinamento Sale Operatorie

È un dirigente tecnico gestionale, individuato tramite specifico avviso dalla Direzione Strategica Aziendale, e rappresenta il braccio operativo del Comitato. Recepisce le eventuali segnalazioni di criticità o di inadempienze e propone al Comitato interventi organizzativi finalizzati alla soluzione dei problemi segnalati. Supervisiona, con il supporto del Comitato, il percorso di ottimizzazione del funzionamento dei reparti operatori.

Il Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie si interfaccia con i Referenti dei Blocchi Operatori. Le informazioni derivate dalle attività di verifica sono periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori.

Entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno procede alla **pulizia delle liste** dei pazienti con tempi d'attesa superiori a sei mesi.

5.7 Responsabile Area Blocchi Operatori

Coincide con il Direttore della UOC Terapia Intensiva e, nell'ambito del Comitato, condivide e collabora con i componenti del Comitato per la definizione della strategia aziendale utile alla programmazione dell'offerta chirurgica.

È responsabile della definizione della strategia aziendale per l'ottimizzazione dei blocchi operatori. Riorganizza l'attività delle sale operatorie, in considerazione dell'evoluzione della domanda chirurgica, delle liste d'attesa e della disponibilità dei fattori produttivi e della conseguente rimodulazione dell'offerta globale.

È responsabile del monitoraggio costante dell'efficienza dei blocchi operatori.

Supervisiona l'attuazione delle procedure per la qualità e la sicurezza e l'attività di gestione e organizzazione dei complessi operatori da parte dei Responsabili dei singoli blocchi operatori.

5.8 Referenti del Blocco Operatorio

Per ogni blocco operatorio, d'intesa con il Direttore Sanitario Aziendale e il Direttore Medico di Presidio, vengono nominati 2 Referenti del Blocco Operatorio: il Direttore DAI Emergenza-Urgenza indica un referente dirigente anestesista-rianimatore e il Direttore del DAI Chirurgico (o del DAI in cui insiste il complesso operatorio) indica un referente dirigente chirurgo.

Sono responsabili dell'attuazione della strategia aziendale per l'ottimizzazione dei blocchi operatori definita dal Responsabile Area Blocchi Operatori.

Sono responsabili della **definizione e attribuzione delle ore di sala operatoria con orizzonte trimestrale**, in considerazione della disponibilità di posti letto anche di area intensiva postoperatoria e intensiva specialistica e degli altri fattori produttivi.

Valutano la fattibilità della programmazione settimanale, proposta dai Direttori delle strutture chirurgiche, anche in relazione alla disponibilità dei posti letto.

Sono responsabili della gestione operativa e monitoraggio del blocco operatorio.

Sono responsabili della **validazione della lista operatoria giornaliera** che deve essere trasmessa con modalità telematica su sistema informativo aziendale entro le ore 11:00 del giorno precedente. In caso di assenza, la nota operatoria viene validata dal dirigente medico della Direzione Sanitaria di Presidio o dal Dirigente medico chirurgo, sentito il Coordinatore infermieristico dei blocchi operatori e valutata la disponibilità dei posti letto.

Sono responsabili dell'attuazione delle procedure per la qualità e la sicurezza (manuale sicurezza in sala operatoria).

5.9 Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio/Posizione organizzativa

Per ogni blocco operatorio è individuato un Coordinatore Infermieristico che collabora con i Referenti dei blocchi operatori **nella definizione e attribuzione** alle diverse strutture chirurgiche delle **ore di sala operatoria con orizzonte trimestrale**, in considerazione della disponibilità programmata di posti letto e degli altri fattori produttivi.

Coordina e gestisce le risorse infermieristiche e del personale di supporto alle attività assistenziali, garantendo la corretta allocazione delle risorse necessarie per lo svolgimento delle sedute operatorie e della continuità oraria del personale in regime di pronta reperibilità.

È responsabile dell'approvvigionamento e gestione dei farmaci, presidi e dispositivi necessari a garantire il corretto svolgimento della programmazione operatoria stabilita, nonché della tenuta delle apparecchiature in carico alla struttura.

5.10 Direttore di Unità Operativa Chirurgica

È responsabile della **proposta di pianificazione mensile / settimanale** degli interventi, programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza e imparzialità e delle regole condivise di ottimizzazione e scorrimento delle liste.

Verifica l'attribuzione delle classi di priorità ai pazienti in lista d'attesa utilizzate dai propri medici specialisti.

Comunica tempestivamente al Responsabile Area Blocchi e al Direttore Medico Sanitario tutte le variazioni che implicano spostamenti degli interventi prenotati da un giorno programmato a un altro o delle sedute di sala.

5.11 Medico Specialista

È responsabile dell'appropriato reclutamento dei pazienti e della corretta attribuzione della classe di priorità ai fini dell'inserimento in lista di attesa.

Fornisce al paziente tutte le informazioni necessarie sul processo di preospedalizzazione, sulla preparazione pratica dell'intervento, sulle modalità di ricovero nell'area di degenza. Illustra gli elementi di informazione e di rischio sull'intervento stesso ed è tenuto a motivare esplicitamente l'eventuale proposta di modifica della classe di priorità precedentemente attribuita.

Programma e gestisce il percorso preoperatorio dei pazienti sulla base dei protocolli di preospedalizzazione, dando indicazioni al personale preposto che provvederà a contattare i pazienti al recapito di riferimento indicato e li informerà della data, ora e modalità di ricovero. Consegna la documentazione clinica relativa ai pazienti al Coordinatore infermieristico dell'area di degenza nei giorni che precedono il ricovero programmato.

Di seguito, la rappresentazione schematica del rapporto tra i diversi livelli del processo di programmazione chirurgica e le figure professionali coinvolte.

PROGRAMMAZIONE LUNGO TERMINE Livello strategico centrale	COMITATO SALE OPERATORIE Dir. Sanitario Aziendale, Dir. Medico di Presidio, Resp. UOS Coordinamento sale operatorie, Dir. DAI Emergenza-Urgenza, Dir. DAI Chirurgico, Resp. Area Blocchi Operatori, Resp. Dir. Infermieristica
PROGRAMMAZIONE MEDIO TERMINE Livello tattico periferico	GESTIONE BLOCCHI OPERATORI Referenti Blocco Operatorio (anestesista e chirurgo) Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio
PROGRAMMAZIONE BREVE TERMINE Livello operativo periferico	DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA CHIRURGICA

6. Articolazione delle attività

6.1 Visita e Inserimento in lista d'attesa (Responsabile: Medico Specialista)

Il percorso prende avvio quando una visita specialistica chirurgica, effettuata sia in regime istituzionale che libero-professionale, esita in una diagnosi che necessita di intervento chirurgico.

La proposta di intervento chirurgico deve essere redatta solo quando il bisogno del trattamento chirurgico è "reale", cioè dopo il completamento delle valutazioni preliminari necessarie all'identificazione del trattamento chirurgico quale terapia appropriata per quel paziente. Nessun paziente deve essere quindi inserito in lista di attesa fin tanto che l'approccio chirurgico rappresenti solo uno dei trattamenti possibili.

La proposta di intervento chirurgico deve inoltre essere "attuale" e ciò implica la valutazione della tempestività del trattamento chirurgico. Non devono pertanto essere inseriti in lista d'attesa pazienti per i quali il trattamento chirurgico si renderà necessario solo in un futuro, in ragione della evoluzione naturale della malattia da cui sono affetti.

Il medico specialista, dopo visita chirurgica in regime SSN che si concluda con la proposta di un intervento chirurgico, utilizza l'applicativo dell'intranet aziendale - "agende di ricovero" - per inserire il paziente in lista d'attesa.

Il tempo d'attesa decorre dalla data di inserimento nel suddetto registro informatizzato.

Nel caso di svolgimento della visita specialistica presso ambulatori non dotati dell'applicativo, perché fuori dalla intranet aziendale, il medico specialista dovrà compilare apposito modulo cartaceo contenente tutte le informazioni necessarie affinché entro un tempo di massimo di 3 giorni siano inseriti i dati del paziente nel software.

Nella compilazione delle informazioni sono riportati i seguenti campi obbligatori:

- Dati anagrafici del paziente
- Descrizione diagnosi principale e relativa codifica ICD-9-CM
- Descrizione della procedura chirurgica principale e relativa codifica ICD-9-CM
- Classe di priorità
- Setting assistenziale appropriato (ordinario, day surgery, ambulatoriale)
- Tempi previsti di degenza
- Durata intervento

Al fine di garantire il massimo della trasparenza e il rispetto del "diritto di accesso", una volta effettuato l'inserimento in lista d'attesa, sarà consegnata al paziente la stampa del **certificato di inserimento in lista d'attesa** oppure il modulo cartaceo nel caso di svolgimento della visita presso ambulatori non dotati del software.

Nessun paziente potrà essere inserito in lista d'attesa senza avere preventivamente effettuato la visita specialistica in regime SSN.

6.2 Attribuzione dei criteri di priorità (Responsabile: Medico Specialista)

Il medico specialista, nell'inserire in lista d'attesa, attribuisce al paziente una classe di priorità sulla base dei criteri appresso specificati. Ogni eventuale deroga a tali criteri dovrà essere esplicitamente motivata. In tale valutazione, il Medico Specialista Chirurgo coinvolge il Medico Specialista Anestesista Rianimatore, referente del complesso operatorio, per la condivisione di criteri di priorità che esulano dalla sottostante classificazione e sono oggetto di specifica valutazione anestesiologicalo-rianimatoria.

Dopo la piena applicazione dell'applicativo per la gestione delle liste d'attesa, si procederà alla definizione del "catalogo aziendale delle priorità" che sarà reso informatizzato.

I criteri da utilizzare devono far riferimento a:

- Condizione clinica e natura della patologia;
- Presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia;
- Casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico specialista.

Le classi di priorità previste sono quattro:

CLASSE A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

CLASSE B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al

punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

CLASSE C: Ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

CLASSE D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Nel caso di patologia bilaterale affrontata in due tempi (cataratta, varici, alluce valgo) la prenotazione del secondo intervento potrà essere effettuata solo successivamente alla esecuzione del primo e a seguito di nuova proposta da parte dello specialista.

6.3 Preospedalizzazione (Responsabile: Medico Specialista)

È la possibilità clinico-organizzativa e amministrativa di effettuare un percorso diagnostico in regime ambulatoriale finalizzato alla valutazione preoperatoria, propedeutico all'ammissione all'intervento sia in regime ordinario che di day surgery.

La preospedalizzazione avviene tramite chiamata da parte del personale dedicato ed è possibile solo a seguito di inserimento nel registro informatizzato degli interventi programmabili.

L'UO pianifica il percorso preoperatorio del paziente programmando le visite ed erogando direttamente gli esami strumentali e i prelievi ematici necessari per la valutazione del rischio operatorio.

Il prericovero deve essere attivato in un periodo compreso tra uno e massimo tre mesi dalla data presunta in cui il paziente potrà essere ricoverato per l'intervento chirurgico. Ciò al fine di non perdere la validità degli esami, che dipendono anche dal tipo di intervento chirurgico, e di diluire il numero di pazienti da esaminare ogni giorno.

Nell'attivare un percorso di prericovero è, dunque, importante tenere conto dei seguenti fattori:

- il prericovero va attivato non prima che si abbia la certezza di operare il paziente entro il termine massimo di 3 mesi, oltre il quale decade l'affidabilità degli esami eseguiti;
- gli interventi di minimo impatto clinico e realizzabili in anestesia locale (effettuata dallo stesso chirurgo), dovranno essere eseguiti in regime ambulatoriale senza attivare la procedura di prericovero.

Il personale infermieristico è incaricato della raccolta e registrazione sul sistema informativo aziendale della esecuzione degli esami, nonché della programmazione degli eventuali ulteriori accertamenti richiesti dall'anestesista.

Solo a seguito della valutazione di idoneità da parte del medico anestesista il paziente potrà essere inserito in nota operatoria.

6.4 Proposta di Nota operatoria settimanale (Responsabile: Direttore UO chirurgica / Chirurgo Operatore)

La proposta di programmazione settimanale è prodotta esclusivamente attraverso l'applicativo aziendale, estraendo dalla lista d'attesa i pazienti risultati idonei alla visita anestesiologicala.

La proposta settimanale, redatta dal Direttore di struttura chirurgica deve tenere conto di:

- Rispetto dei tempi di utilizzo delle sale operatorie assegnate;
- Ottimizzazione in relazione all'organizzazione delle degenze (ordinaria, week surgery e day

- surgery);
- Corretta valutazione di criteri di opportunità di ordine di lista, quali:
 - Impegno organizzativo richiesto in base alla tipologia e alla stima di durata dell'intervento;
 - Età dell'operando/a;
 - Classificazione igienico-sanitaria dell'intervento;
 - Disponibilità di personale tecnico necessario all'effettuazione dell'intervento (sia interno che esterno all'organizzazione aziendale come tecnici di radiologia, medici nucleari, specialisti, etc.);
 - Presidi, dispositivi, apparecchiature e tecnologie da utilizzare;
 - Previsione di ricovero (es. terapia intensiva, osservazione in Recovery Room etc).

La proposta settimanale deve essere condivisa anche con i Coordinatori Infermieristici delle degenze.

L'UO chirurgica contatta i pazienti inseriti nella proposta di programmazione settimanale per verificare la loro disponibilità.

I pazienti non disponibili dovranno essere sostituiti dal Direttore di UO attingendo sempre dall'elenco dei pazienti idonei a seguito della visita anestesiologicala e rispettando comunque le stesse caratteristiche di intervento (durata della degenza e durata dell'intervento).

Tale proposta è visibile ai Referenti Blocchi Operatori non oltre le ore 12:00 di ogni mercoledì della settimana precedente.

I Referenti Blocchi Operatori, in collaborazione con il Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie, in base alla disponibilità dei posti letto e degli spazi operatori assegnati, valutano la congruità della proposta e la convalida o, se necessario, ne propone modifiche che comunica tempestivamente al Direttore di UO.

Solo a seguito della validazione da parte dei Referenti Blocchi Operatori, o in loro assenza del Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie, l'UO chirurgica contatterà nuovamente i pazienti programmati per la settimana successiva confermando la data del ricovero e dell'intervento.

Dopo la validazione, la proposta di nota operatoria diventa definitiva e rappresenta lo strumento essenziale per il corretto svolgimento del percorso organizzativo delle attività di sala operatoria.

È responsabilità del Direttore di UO che la nota operatoria contenga tutte le informazioni necessarie per la preparazione all'intervento chirurgico e pertanto deve essere compilata in modo esaustivo, inserendo indicazioni su strumentari specifici, impianti previsti, dispositivi medici necessari, al fine di consentire al personale della sala di pianificare utilmente le attività.

6.5 Nota Operatoria giornaliera (Responsabile: Direttore UO chirurgica / Chirurgo Operatore)

La nota operatoria giornaliera è formalizzata da parte del Direttore di UO chirurgica tramite la compilazione dell'apposita lista giornaliera. Tale lista deriva direttamente dalla programmazione settimanale sopra descritta e dovrà contenere la chiara indicazione della corretta sequenza di chiamata dei pazienti al blocco operatorio, al fine dell'organizzazione della seduta operatoria stessa, della preparazione del paziente nel reparto e del suo trasporto dal reparto al blocco operatorio.

La nota operatoria giornaliera deve essere definitiva entro le ore 12:00 del giorno precedente. Qualsiasi modifica alla nota operatoria già convalidata dovrà essere concertata con i Referenti Blocchi Operatori o in loro assenza con il Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie.

6.6 Intervento chirurgico (Responsabile: Direttore UO chirurgica / Chirurgo Operatore)

Il giorno dell'intervento chirurgico, il paziente segue le procedure di sicurezza previste dal manuale di sicurezza del paziente in sala operatoria e accede ed esce dal blocco operatorio secondo le modalità previste.

Chirurghi, anestesisti e infermieri compilano il registro informatizzato ciascuno per quanto di propria competenza

Il regime in cui l'intervento è effettuato può essere elettivo, nel caso in cui il paziente abbia compiuto tutte le fasi del percorso chirurgico a partire dalla visita specialistica, oppure di urgenza. Tra i dati più significativi, oltre ai tempi di sala operatoria, dovranno essere registrati i codici ICD-9-CM relativi sia alle diagnosi che alle procedure.

È possibile indicare una descrizione testuale sia delle diagnosi che delle procedure ed è possibile inserire fino a 5 diversi ICD-9-CM per ciascun attributo. Quello indicato come primo nella sequenza è considerato la diagnosi/intervento principale.

Il registro informatizzato dell'applicativo aziendale è composto da tre sezioni principali (legate al chirurgo, all'anestesista e all'infermiere di sala).

Ogni professionista può accedere alla singola area tramite login e password e immettere i dati di propria competenza, convalidando poi la propria sezione.

I requisiti formali, oltre ai fondamentali elementi identificativi del paziente sono:

- Indicazione della data e di tutti i tempi previsti obbligatoriamente dalla scheda dell'applicativo;
- Indicazione dell'équipe;
- Diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- Tipo di anestesia;
- Regime di ricovero;
- Tipologia di intervento;
- Descrizione chiara e sufficientemente dettagliata della procedura attuata.

Il referto operatorio deve essere sempre stampato al termine di ogni intervento, firmato dal chirurgo primo operatore e inserito nella cartella clinica del paziente prima che lo stesso esca dal blocco operatorio.

7. La tracciabilità dei contatti con i pazienti

Qualsiasi contatto telefonico avvenuto con il paziente deve essere opportunamente registrato sul software aziendale tramite la scheda "Gestione Paziente" registrando data e ora della chiamata, le non risposte, i rinvii e l'eventuale rinuncia.

Non risposta: nel caso in cui il paziente non risponda alla prima telefonata, l'UO è tenuta a chiamare il paziente in giorni e orari differenti nell'arco di trenta giorni (tre volte a circa dieci giornidi distanza tra una telefonata e l'altra).

Sono ammesse un massimo di tre chiamate senza risposta. Alla quarta mancata risposta, la prenotazione sarà annullata (eliminazione del paziente dalla lista d'attesa) e il percorso chirurgico

dovrà essere eventualmente avviato nuovamente tramite una nuova visita specialistica.

Rinvio: i rinvii, sia degli appuntamenti della preospedalizzazione sia della data di intervento, possono avvenire solo per motivi personali del paziente.

Sono ammessi un massimo di due rinvii. Alla terza richiesta di rinvio, la prenotazione sarà annullata (eliminazione del paziente dalla lista di attesa) e il percorso chirurgico dovrà essere eventualmente avviato nuovamente tramite una nuova visita specialistica.

Rinuncia: in caso di rinuncia all'intervento chirurgico proposto, la prenotazione viene cancellata.

8. Le regole di scorrimento della lista d'attesa

Lo scorrimento della lista d'attesa deve avvenire, indipendentemente dal regime previsto (istituzionale o libera professione) rispettando i seguenti criteri:

- Classe di priorità
- Ordine progressivo
- Non risposta alla chiamata
- Non disponibilità del paziente

Le eventuali modifiche della classe di priorità devono essere chiaramente documentate. Deroga a tale indicazione può aversi solo in caso di modifiche delle condizioni cliniche del paziente, che dovranno essere opportunamente registrate sul software aziendale, annotando il motivo specifico della modifica e il medico che l'ha richiesta.

9. La pulizia della lista d'attesa

La pulizia della lista d'attesa, effettuata dal Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie in collaborazione con i Referenti dei Blocchi Operatori, deve avvenire con orizzonte semestrale (entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno) per tutti gli assistiti in lista d'attesa che abbiano, al momento dell'attività di pulizia, un'attesa superiore a sei mesi.

Sul software aziendale dovrà essere opportunamente registrata la data di contatto con il paziente e l'esito del contatto

Il paziente dovrà essere a conoscenza di tale attività di pulizia delle liste sin dal momento in cui effettua la visita specialistica, infatti, tale informativa dovrà essere presente nella stampa del Certificato di inserimento in lista di attesa.

10. Attività di Emergenza e Urgenza

L'attività chirurgica d'urgenza di norma viene espletata in apposita sala dedicata, distinta dall'attività programmata, al fine di garantire la regolare prosecuzione dell'attività in elezione.

L'indicazione e la sequenza di priorità degli interventi in emergenza/urgenza devono essere condivisi da parte di tutti i componenti dell'équipe coinvolti, secondo parametri di appropriatezza.

Si definiscono 5 livelli di attività:

- emergenza da eseguire immediatamente
- urgenza immediata da eseguire entro 3 ore dalla comunicazione

- urgenza differibile da eseguire entro 6 ore dalla comunicazione
- urgenza programmabile 24 da eseguire entro 24 ore
- urgenza programmabile 48 da eseguire entro 48 ore dal ricovero

Emergenza: c'è pericolo di vita per il paziente e l'intervento chirurgico serve a salvare la vita.

Urgenza immediata: l'intervento chirurgico deve essere effettuato prima possibile e comunque non oltre un intervallo di 3-4 ore per evitare complicazioni che possano compromettere la vita o che possano aggravare le condizioni del paziente nonostante la terapia medica (es. perforazione viscerale, appendicite acuta, ernia strozzata, etc.).

Urgenza differibile: l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro 6 ore per evitare complicazioni che possano aggravare le condizioni del paziente nonostante la terapia medica e compromettere le funzioni vitali (es. occlusione intestinale senza compromissione vascolare, ecc.).

Urgenza programmabile 24: l'intervento chirurgico deve essere effettuato entro le 24 ore per evitare complicazioni che possano aggravare le condizioni del paziente nonostante la terapia medica e compromettere le funzioni vitali (es. second look in patologie già trattate, ecc.).

Urgenza programmabile 48: l'intervento chirurgico ha una indicazione di urgenza relativa sulla base di dati di *Evidence Based Medicine* che indicano un decorso migliore della patologia se associato alla precocità dell'intervento.

L'accesso del paziente a questo percorso chirurgico prevede la compilazione dello specifico modulo necessario all'inquadramento clinico del caso con indicata la procedura chirurgica proposta.

In presenza di pazienti che debbano essere operati in condizioni di emergenza o urgenza, il chirurgo responsabile della procedura, compila il modulo in cui è definita la criticità del paziente. In particolare, il chirurgo deve definire le condizioni di emergenza o urgenza nelle varie opzioni di procrastinabilità.

11. Miglioramento Continuo

Per ottenere il miglioramento continuo del percorso chirurgico attraverso una migliore allocazione delle risorse disponibili e un ottimale utilizzo delle stesse, diventa requisito essenziale dotarsi di un sistema di monitoraggio a livello centrale.

La gestione informatizzata del percorso del paziente sottoposto a procedure chirurgiche o interventistiche consente di seguire l'intero flusso nel tempo del processo, dall'inserimento in lista d'attesa alla chiusura del caso, rappresentando una fonte indispensabile di informazioni e un supporto in grado di fornire gli strumenti necessari per governare l'intero processo.

Il Responsabile della UOS Coordinamento Sale Operatorie con cadenza periodica analizza i seguenti report:

1) Report monitoraggio dell'andamento delle liste d'attesa e dei tempi di attesa con:

- Numero di pazienti in lista d'attesa, suddiviso per regime (ordinario - day surgery - chirurgia ambulatoriale), per UO e classe di priorità;
- Tempo medio e max di attesa dei pazienti in lista, suddiviso per regime (ordinario - day

- surgery - chirurgia ambulatoriale), per UO e classe di priorità, calcolato come delta tra la data della fotografia della lista d'attesa e la data di inserimento in lista d'attesa;
- Incidenza percentuale dei pazienti con attesa superiore a 90 giorni, suddiviso per regime (ordinario - day surgery – chirurgia ambulatoriale), per UO e classe di priorità;
 - Numero di pazienti che hanno rinvio, sospeso, rinunciato nel mese;

 - Numero di pazienti operati che erano in lista di attesa suddiviso per regime (ordinario - day surgery – chirurgia ambulatoriale), per UO e classe di priorità;
 - Tempo medio e max di erogazione dell'intervento suddiviso per regime (ordinario - day surgery – chirurgia ambulatoriale), per UO e classe di priorità, calcolato come delta tra la data di intervento e la data di inserimento in lista d'attesa.

2) Report monitoraggio andamento domanda-offerta della programmazione chirurgica con:

- Numero di pazienti inseriti in lista mensilmente, stratificati per UO e classe di priorità;
- Numero di pazienti operati in elezione (con tutte le fasi del percorso tracciate) stratificate per UO e classe di priorità.

3) Report monitoraggio utilizzo sale operatorie con:

- Orario medio di inizio primo intervento;
- Tasso di utilizzo grezzo delle sale operatorie;
- Variazione tra previsto/effettivo sul tempo chirurgico.